**指定訪問介護事業所事前提出書類**

**○事業所名**

**○直近１ヶ月間の延べサービス提供時間数　　　　時間（提供票（利用表）の合計時間）**

**○サービス提供状況**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供月 | 年  　月 | 年  　月 | 年  　月 | | 年  　月 | | 年  　月 | 年  　月 | | 年  　月 | 年  　月 | | 年  　月 | 年  　月 | 年  　月 | | 年  　月 |
| 利用者数 |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 集合住宅居住者の減算 | | | | | | 有 ・ 無 | | | 緊急時訪問介護加算 | | | | | | | 有 ・ 無 | |
| 生活機能向上連携加算 | | | | | | 有 ・ 無 | | |  | | | | | | |  | |
| 特定事業所加算 | | 有［Ⅰ・Ⅱ・ Ⅲ・Ⅳ ］  無 | | | | | | | 体制要件・人員要件・重度要件　該当  期間（　　　年　　月　～　　年　　月　） | | | | | | | | |
| 特　別　地　域　加　算 | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | | | | | | | | | | | | 該　当　・　非該当 | | | | | |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | | | | | | | | | | | | 該　当　・　非該当 | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算 | | | | 有［ Ⅰ・ Ⅱ・ Ⅲ・ Ⅳ ・ Ⅴ ］　・　無 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | | | | 有［ Ⅰ・ Ⅱ ］　・　無 | | | | | | | | | | | | | |

**（注）利用者数は、介護報酬請求に係る実利用者数を記入すること。（過去１年間）**

**○　添付資料**

**①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（直近２ヶ月分）**

**②指導月初日現在の法人組織図、職員配置図（兼務状況確認のため）**